

PROGETTO UP-TECH

**QUESTIONARIO SULLE CONDIZIONI DI SALUTE E DI VITA DELLE
PERSONE CON DEMENZA E DEI LORO CAREGIVER**

INTERVISTA 1

COPIA PER IL CAREGIVER

INTERVISTA 1 - Indice delle sezioni

SEZIONE A.	.....	3
SEZIONE B.	.....	5
SEZIONE C.	.....	6
SEZIONE D.	.....	9
SEZIONE E.	.....	13
SEZIONE F.	.....	14
SEZIONE G.	.....	16
SEZIONE H.	.....	17
SEZIONE I.	.....	20

SEZIONE C.

<p>1. CAMBIAMENTI NELLA CAPACITA' DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE NEGLI ULTIMI 90 GIORNI (o dalla data dell'ultima valutazione)</p> <p>0. Migliorata 2. Peggiorata 1. Nessun cambiamento 8. Non valutabile</p>										
<p>2. CAPACITA' DI COMPRENDERE GLI ALTRI <i>Comprensione del contenuto dell'informazione verbale (con protesi acustica se utilizzata)</i></p> <p>0. Comprende — Comprende chiaramente</p> <p>1. In genere comprende — Può non recepire il contenuto o parte del messaggio, ma comprende la maggior parte della conversazione</p> <p>2. Spesso comprende — Può non comprendere lo scopo del messaggio, ma ripetendo o spiegando meglio è in grado di comprendere la conversazione</p> <p>3. Talvolta comprende — Risponde adeguatamente solo a domande semplici e poste in modo diretto</p> <p>4. Raramente/mai comprende</p>										
<p>3. VISTA <i>Capacità di vedere in condizioni di illuminazione adeguate (e con gli occhiali se utilizzati)</i></p> <p>0. Adeguate — Vede i dettagli minuti compresi i caratteri di stampa di giornali/libri</p> <p>1. Lievemente compromessa — Vede i caratteri grandi, ma non quelli normalmente usati nei giornali/libri</p> <p>2. Moderatamente compromessa — Vista limitata, la persona è incapace di leggere i titoli dei giornali, ma è in grado di riconoscere gli oggetti</p> <p>3. Gravemente compromessa — Non è in grado di riconoscere gli oggetti, ma gli occhi seguono gli oggetti in movimento, vede luci, ombre, colori</p> <p>4. Cecità completa</p>										
<p>4. INDICATORI RIFERITI DI UMORE DEPRESSO <i>Chiedere "Negli ultimi 3 giorni, si è mai sentito triste o depresso?" (cercare di ottenere una risposta spontanea, non forzare la domanda)</i></p> <p>0. No 1. Sì 8. Non vuole/non può rispondere</p>										
<p>5. DISTURBI DEL COMPORTAMENTO <i>Presenza – negli ULTIMI 3 GIORNI – di uno o più dei seguenti sintomi: aggressività verbale, fisica, comportamento socialmente inappropriato, comportamento sessuale socialmente inadeguato, wandering</i></p> <p>0. No 1. Sì</p>										
<p>6. Autonomia nelle IADL <i>Codificare per l'autonomia del cliente nelle attività consuete in casa o al di fuori DURANTE GLI ULTIMI 3 GIORNI</i> <i>Codificare per la difficoltà, basandosi sulla presunta capacità del cliente di portare a termine una determinata IADL.</i> <i>Questa valutazione richiede una "speculazione" circa le risorse residue del paziente.</i></p> <p>CODICI:</p> <p>0. INDIPENDENTE – non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto</p> <p>1. ORGANIZZAZIONE</p> <p>2. SUPERVISIONE – controllo, incoraggiamento, suggerimento</p> <p>3. ASSISTENZA LIMITATA – aiuto in alcune occasioni</p> <p>4. ASSISTENZA INTENSIVA – aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività</p> <p>5. MASSIMA ASSISTENZA – aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo</p> <p>6. DIPENDENZA TOTALE – l'attività viene svolta completamente da altri</p> <p>8. ATTIVITA' NON ESEGUITA</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>(A)</th> <th>(B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Autonomia</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Difficoltà</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		(A)	(B)	Autonomia			Difficoltà		
	(A)	(B)								
Autonomia										
Difficoltà										
<p>a. PREPARAZIONE DEI PASTI - Come prepara i pasti (p.es, programmare i pasti, cuocere, preparare il cibo, usare gli utensili)</p>										
<p>b. LAVORI DOMESTICI USUALI – Come compie i lavori domestici usuali in casa (p.es, lavare i piatti, spolverare, rifare il letto, mettere in ordine, fare il bucato)</p>										
<p>c. USO DEL DENARO - Come paga i conti, gestisce il libretto degli assegni, tiene le spese di casa</p>										
<p>d. GESTIONE DEI FARMACI - Come gestisce i farmaci (p.es, ricordarsi di prendere le pillole, aprire i flaconi, prendere le dosi giuste, fare le iniezioni, applicare pomate)</p>										
<p>e. USO DEL TELEFONO - Come fa o riceve telefonate (se necessario con ausili come grandi numeri sulla tastiera, amplificatore acustico)</p>										
<p>f. FARE LE SCALE – Come il cliente è in grado di salire una rampa di scale (12-14 gradini)</p>										
<p>g. FARE LA SPESA - Come fa la spesa per il vitto e le cose di casa (p.es, scelta delle cose, uso dei soldi)</p>										
<p>h. USO DEI TRASPORTI - Come il cliente si sposta con i mezzi (p.es, va in luoghi non raggiungibili a piedi)</p>										

<p>7. CAMBIAMENTI NEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ADL NEGLI ULTIMI 90 GIORNI (o dall'ultima valutazione se avvenuta prima di 90 giorni)</p> <p>0. Migliorata 2. Peggiorata 1. Nessun cambiamento 8. Non valutabile</p>	
<p>8. DIAGNOSI DI MALATTIA</p> <p><i>Codice delle diagnosi</i></p> <p>1. Diagnosi principale; 2. Diagnosi presente, in trattamento; 3. Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattamento</p> <p><i>Malattia</i> <i>Codice</i> <i>Codice ICD-9</i></p> <p>a. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>b. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>c. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>d. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>[Nota: se necessario aggiungere altre righe]</p>	
<p>9. CADUTE</p> <p>0. Nessuna caduta negli ultimi 90 giorni 1. 1 o più cadute negli ultimi 90 giorni</p>	
<p>10. FREQUENZA DEI PROBLEMI</p> <p><i>Codifica per la presenza del problema negli ultimi 3 giorni</i></p> <p>0. Non presente 1. Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni 2. Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni 3. Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni 4. Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni</p> <p>a. Vertigini (anche senso di sbandamenti o da cambi posturali)</p> <p>b. Dolore toracico (es dolore anginoso)</p> <p>c. Tosse (di nuova insorgenza o peggiorata)</p> <p>d. Edemi periferici</p>	
<p>11. DOLORE</p> <p><i>[Nota- indagare sempre circa la presenza e l'intensità]</i></p> <p>a. Frequenza con cui la persona lamenta o mostra segni di dolore (incluso smorfie, digrignare i denti, reazioni di difesa quando toccato o altri segni non verbali che suggeriscono dolore)</p> <p>0. Nessun dolore 1. Presente ma non manifestatosi nelle ultime 24 ore 2. Manifestatosi nelle ultime 24 ore</p> <p>b. Intensità del dolore (codifica per il livello più alto di intensità)</p> <p>0. Nessun dolore 3. Severo 1. Lieve 4. A volte 2. Moderato terribile o insopportabile</p>	
<p>12. FUMO (la persona ha fumato negli ultimi 3 giorni)</p> <p>0. No 1. Non negli ultimi 3 giorni, ma è un fumatore abituale 2. Sì</p>	
<p>13. VALUTAZIONE NUTRIZIONALE</p> <p>a. NEGLI ULTIMI 3 GIORNI, notevole riduzione dell'apporto di cibo o di liquidi rispetto al solito</p> <p>0. No 1. Sì</p> <p>b. Perdita di peso del 5% o più negli ULTIMI 30 GIORNI, o del 10% o più negli ULTIMI 180 GIORNI</p> <p>0. No 1. Sì</p> <p>c. Dieta speciale</p> <p>0. No 1. Sì</p>	

SEZIONE D.**1. IDCGPROG**

n. _____

2. Sesso del caregiver

1. Maschio 2. Femmina

3. Data di nascita

□□	–	□□	–	□□□□
----	---	----	---	------

Giorno Mese Anno

4. Stato Civile del caregiver (Selezionare una unica opzione)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. Celibe o nubile | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Coniugato/a | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. Separato/a legalmente | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. Divorziato/a | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5. Vedovo/a | <input type="checkbox"/> | 5 |

5. Con chi convive il caregiver? (Selezionare una o più opzioni)

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| 1. Solo/a | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Coniuge/convivente | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. Figlia | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. Figlio | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5. Personale retribuito (es. Assistente familiare) | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 6. Altro parente | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 7. Altro, Specificare (_____) | <input type="checkbox"/> | 7 |

6. Numero di persone conviventi con il caregiver nell'ambito del nucleo familiare, incluso il caregiver intervistato

n

7. A che titolo la famiglia occupa l'abitazione? (Selezionare una unica opzione)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Affitto e subaffitto | Proprietà | Usufrutto | Titolo gratuito | Altro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Titolo di studio più alto conseguito (Selezionare una unica opzione)

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| 1. Dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea (ad es. Master) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Laurea di 3 anni o più (vecchio ordinamento o nuova laurea triennale o specialistica a ciclo unico) | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. Diploma di scuola superiore di 4-5 anni che permette l'iscrizione all'Università | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. Diploma di scuola superiore di 2-3 anni che non permette l'iscrizione all'Università | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5. Licenza media (o avviamento professionale) | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 6. Licenza elementare | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 7. Nessun titolo - sa leggere e scrivere | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 8. Nessun titolo - non sa leggere e/o scrivere | <input type="checkbox"/> | 8 |

9. Iscrizione attuale a corsi scolastici o universitari

0. No 1. Sì

10.	Lei sta attualmente svolgendo un'attività lavorativa remunerata? 0. No 1. Sì [se "No" <input type="checkbox"/> Andare alla domanda 13]	
11.	Se attualmente lavora , quante ore lavora a settimana, approssimativamente? (arrotondare per difetto o per eccesso all'ora intera più vicina; scrivere "1" per meno di un'ora)	_____ Ore
12.	Se attualmente sta lavorando, è stato a casa in malattia durante l'ultimo anno? 0. No 1. Sì, 1-7 giorni 12.a. Se sì, quanti giorni	<input type="checkbox"/> ₀ <input type="checkbox"/> ₁ N = _____
13.	Se Lei è pensionato, da quanti anni?	_____ Anni
14.	Se lavora qual è la sua posizione nella professione / Se non lavora ma lavorava quale era la sua posizione nella professione? Alle dipendenze come: 1. Dirigente 2. Direttivo, quadro 3. Impiegato 4. Capo operaio, operaio subalterno e assimilati 5. Apprendista 6. Lavorante a domicilio per conto d'impresa Autonomo come: 7. Imprenditore (con almeno un dipendente) 8. Libero professionista 9. Lavoratore in proprio 10. Socio di cooperativa di produzione di beni e servizi e/o prestazioni di servizio 11. Coadiuvante familiare	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> ₇ <input type="checkbox"/> ₈ <input type="checkbox"/> ₉ <input type="checkbox"/> ₁₀ <input type="checkbox"/> ₁₁
15.	In quale settore economico lavora/lavorava? 1. Agricoltura, caccia, pesca 2. Estrazione, energia 3. Industria e attività manifatturiere 4. Costruzioni 5. Commercio all'ingrosso e al dettaglio 6. Alberghi e ristoranti 7. Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni 8. Intermediazione monetarie e finanziarie 9. Attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca ed altre attività professionali o imprenditoriali 10. Pubblica amministrazione e difesa 11. Istruzione 12. Sanità ed altri servizi sociali 13. Altri servizi	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> ₇ <input type="checkbox"/> ₈ <input type="checkbox"/> ₉ <input type="checkbox"/> ₁₀ <input type="checkbox"/> ₁₁ <input type="checkbox"/> ₁₂ <input type="checkbox"/> ₁₃

16. Qual è, attualmente, la Sua principale fonte di reddito? (barrare una sola casella)

- | | | |
|--|--------------------------|----|
| 1. Reddito da lavoro | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Pensione di anzianità | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. Pensione invalidità, inabilità, indennità accompagnamento, assegno cura, assegno assistenza | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. Pensione di vecchiaia | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5. Sussidi di malattia | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 6. Sussidi di disoccupazione | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 7. Altri sussidi sociali (ad es. assegno o pensione sociale, contributi comunali) | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 8. Sostegno finanziario da parte dei figli | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 9. Sostegno finanziario da parte di altri familiari | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 10. Sostegno finanziario/alimenti da parte di ex coniugi | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 11. Pensione ai superstiti (indiretta o di reversibilità) | <input type="checkbox"/> | 11 |
| 12. Nessuna fonte di reddito | <input type="checkbox"/> | 12 |
| 13. Altro, specificare _____ | <input type="checkbox"/> | 13 |

17. Quante ore a settimana la occupano approssimativamente le faccende di casa?

(lavoro non remunerato, ad esempio per pulizie o giardinaggio) (arrotondare per difetto o per eccesso all'ora intera più vicina; scrivere "1" per meno di un'ora; scrivere 0 se non svolte)

Ore

18. Con che frequenza Lei è preoccupato a causa delle spese quotidiane?

(ad esempio per l'acquisto del cibo) (barrare una sola casella)

- | | | |
|------------------|--------------------------|---|
| 1. Mai | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Qualche volta | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. Spesso | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. Sempre | <input type="checkbox"/> | 4 |

19. Lei si considera religioso? (barrare una sola casella)

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1. Non religioso (andare alla domanda 84) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. Un po' religioso | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. Abbastanza religioso | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. Molto religioso | <input type="checkbox"/> | 4 |

20. Le prossime 12 domande riguardano l'aiuto e il sostegno che è possibile ricevere nell'ambito dei rapporti interpersonali (familiari, amici, coniuge, persone con cui si ha un rapporto significativo). (Indichi, per ogni affermazione, il Suo grado di accordo per ciò che La riguarda, su una scala che va da 1= Completamente falso a 7= Completamente vero)
(barrare una sola casella per ogni riga)

	Completa- mente falso ▼ ₁	Abbastanz a falso ▼ ₃	Né vero né falso ▼ ₄	Abbastanz a vero ▼ ₅	Completa- mente vero ▼ ₇
a) Ho una persona cara che mi è vicina quando sono in situazioni di bisogno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ho una persona cara con cui posso condividere gioie e dolori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) La mia famiglia cerca in tutti i modi di aiutarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ho dalla mia famiglia il sostegno morale e l'aiuto che mi serve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ho una persona cara che è per me reale fonte di conforto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) I miei amici (o le mie amiche) cercano di aiutarmi in tutti i modi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Posso contare sui miei amici (o le mie amiche) quando le cose vanno male	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Posso parlare dei miei problemi in famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ho amici (o amiche) con cui posso condividere gioie e dolori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Nella mia vita ho una persona cara che si prende cura dei miei sentimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) La mia famiglia mi aiuta volentieri a prendere decisioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Posso parlare dei miei problemi con i miei amici (o le mie amiche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE E.**1. Lei fuma sigarette?**

₀ No **[se "No" Andare alla domanda 5]** ₁ Si

2. Con che frequenza fuma sigarette? (barrare una sola casella)

Mensilmente o più raramente	2-4 volte al mese	2-3 volte alla settimana	4 o più volte alla settimana
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

3. Quante sigarette consuma in una tipica giornata in cui fuma? (barrare una sola casella)

1-2	3-5	6-9	10-20	Più di 20
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

4. Con che frequenza fuma 10-20 o più sigarette in una sola occasione? (barrare una sola casella)

Mai	Meno di una volta al mese	Mensilmente	Settimanalmente	Quotidianamente o quasi quotidianamente
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

5. Se non fuma, ha mai fumato?

₀ No ₁ Si

Ci può dire se Lei beve alcol? (Spiegare cosa si intende con "alcol" usando esempi di un bicchiere di birra, di vino o di liquore). (Codificare le risposte in termini bevute standard).

6. Lei consuma bevande contenenti alcol?

₀ No **[se "No" Andare alla domanda 10]** ₁ Si

7. Con che frequenza consuma bevande contenenti alcol? (barrare una sola casella)

Una volta al mese o meno frequentemente	2-4 volte al mese	2-3 volte alla settimana	4 o più volte alla settimana
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

8. Nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche consuma in media? (barrare una sola casella)

1 o 2	3 o 4	5 o 6	7, 8, o 9	10 o più
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

9. Con quale frequenza le capita di consumare 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in una sola occasione? (barrare una sola casella)

Mai	Meno di una volta al mese	Una volta al mese	Una volta alla settimana	Ogni giorno o quasi
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

10. Se non consuma bevande alcoliche, Le ha mai consumate?

₀ No ₁ Si

11. Nel suo tempo libero, pratica, almeno una volta la settimana:

	No	Si	Per quanti giorni a settimana?	Per quanti minuti ogni volta in media
a) Attività sportiva con rilevante sforzo fisico (sport agonistici e non, palestra, ciclismo, jogging ecc.)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	N = _____	Minuti = _____
b) attività fisica moderata, cioè fino al punto di sudare un po' (palestra, passeggiate in bicicletta a velocità moderata, ecc.)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	N = _____	Minuti = _____
c) attività fisica leggera (passeggiate a piedi per almeno 1 km, ginnastica dolce, ecc.)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	N = _____	Minuti = _____

SEZIONE F.

1. Qui di seguito sono elencate una serie di domande che intendono valutare cosa Lei pensa della Sua salute. Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la Sua risposta come mostrato di volta in volta. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque Le sembra migliore. (Segnare una risposta per ciascun'affermazione)

	<i>Eccellente</i>	<i>Molto buona</i>	<i>Buona</i>	<i>Passabile</i>	<i>Scadente</i>	
a) In generale, direbbe che la Sua salute è	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
La sua salute La limita attualmente....		<i>SI, mi limita parecchio</i>	<i>SI, mi limita parzialmente</i>	<i>NO, non mi limita per nulla.</i>		
b) .....nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico (spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta) ?		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃		
c) .....nel salire qualche piano di scale ?		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃		
d) Nelle ultime 4 settimane.... .....ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della sua salute fisica?			<i>No</i>	<i>Si</i>		
e) .....ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività, a causa della sua salute fisica ?			<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
f) .....ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso) ?			<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
g) .....ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?			<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
h) Nelle ultime 4 settimane..... in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa) ?	<i>Per nulla</i>	<i>Molto poco</i>	<i>Un po'</i>	<i>Molto</i>	<i>Moltissimo</i>	
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
i) Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane..... .....si è sentito calmo e sereno?	<i>Sempre</i>	<i>Quasi sempre</i>	<i>Molto tempo</i>	<i>Una parte del tempo</i>	<i>Quasi mai</i>	<i>Mai</i>
l) .....si è sentito pieno di energia?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
m) .....si è sentito scoraggiato e triste?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
n) .....la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

2. Qui di seguito sono elencate una serie di affermazioni su come Lei può sentirsi. Per ogni affermazione, indichi la risposta che più si avvicina a come Lei si è sentito NEL CORSO DELL'ULTIMA SETTIMANA (Segnare una risposta per ciascun'affermazione)					
		<i>Mai</i>	<i>A volte</i>	<i>Per molto tempo</i>	<i>Per la maggior parte del tempo</i>
a)	Mi sono sentito teso o molto nervoso	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		<i>Proprio come una volta</i>	<i>Non proprio come una volta</i>	<i>Solo in parte</i>	<i>Per niente</i>
b)	Sono riuscito ancora a provare piacere per le cose che ho sempre fatto volentieri	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		<i>Per niente</i>	<i>Un po', ma non da preoccuparmene</i>	<i>Si ma in maniera non molto intensa</i>	<i>Sicuramente e in maniera intensa</i>
c)	Ho provato un sentimento di paura, come se potesse accadere qualcosa di terribile	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		<i>Proprio come ho sempre fatto</i>	<i>Non proprio come un tempo</i>	<i>Sicuramente non come un tempo</i>	<i>Per niente</i>
d)	Sono riuscito a vedere il lato divertente delle cose	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		<i>Solo in qualche occasione</i>	<i>A volte, ma non molto spesso</i>	<i>Per molto tempo</i>	<i>Per la maggior parte del tempo</i>
e)	Mi sono venuti in mente pensieri preoccupanti	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		<i>Per la maggior parte del tempo</i>	<i>A volte</i>	<i>Raramente</i>	<i>Mai</i>
f)	Mi sono sentito di buonumore	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		<i>Sempre</i>	<i>Spesso</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Mai</i>
g)	Ho potuto sedermi sentendomi rilassato e a mio agio	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		<i>Mai</i>	<i>A volte</i>	<i>Molto spesso</i>	<i>Quasi sempre</i>
h)	Mi sono sentito rallentato	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		<i>Mai</i>	<i>A volte</i>	<i>Piuttosto spesso</i>	<i>Molto spesso</i>
j)	Mi sono sentito nervoso, come con un senso di tensione allo stomaco	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		<i>Me ne prendo cura come al solito</i>	<i>Forse non me ne prendo cura abbastanza</i>	<i>Non me ne prendo cura quanto dovrei</i>	<i>Completamente</i>
k)	Ho perso interesse per il mio aspetto fisico	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		<i>Per niente</i>	<i>Non molto</i>	<i>Molto</i>	<i>Moltissimo</i>
l)	Mi sono sentito irrequieto e incapace di star fermo	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		<i>Così come ho sempre fatto</i>	<i>Un po' meno di una volta</i>	<i>Sicuramente meno di una volta</i>	<i>Per niente</i>
m)	Ho pensato al futuro con ottimismo	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		<i>Mai</i>	<i>Non molto spesso</i>	<i>Piuttosto spesso</i>	<i>Molto spesso</i>
n)	Mi sono venute improvvise crisi di panico	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		<i>Spesso</i>	<i>A volte</i>	<i>Non di frequente</i>	<i>Molto raramente</i>
o)	Ho provato piacere leggendo un buon libro o seguendo la radio o la televisione	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

3. Diagnosi di Malattia

Codice delle diagnosi

1. Diagnosi principale; 2. Diagnosi presente, in trattamento; 3. Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattamento

Malattia

Codice ICD-9

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

[Nota: se necessario aggiungere altre righe]

SEZIONE G.

1. Altezza

 Cm

2. Peso

 kg

SEZIONE H.	
1. In media, quante ore a settimana Lei dedica all'assistenza del Paziente?	_____ ore
2. A quante altre persone che non sono anziane (ad es. figli ecc.) Lei fornisce aiuto o supporto?	_____ n
3. Nel complesso, quante ore alla settimana dedica all'assistenza di tutte le altre persone, escluso il Paziente?	_____ ore
4. Qual è il suo rapporto di parentela con il Paziente?	
a) Coniuge/Convivente	<input type="checkbox"/> ₁
b) Figlio/Figlia	<input type="checkbox"/> ₂
c) Nuora/Genero	<input type="checkbox"/> ₃
d) Nipote (figlio/a di fratello)	<input type="checkbox"/> ₄
e) Sorella/Fratello	<input type="checkbox"/> ₅
f) Zio/Zia	<input type="checkbox"/> ₆
g) Cugino/a	<input type="checkbox"/> ₇
h) Altro (Specificare) _____	<input type="checkbox"/> ₈
5. Dove vivete, Lei e il Paziente?	
a) Nella stessa casa	<input type="checkbox"/> ₁
b) In diversi appartamenti ma nello stesso palazzo	<input type="checkbox"/> ₂
c) Ad una distanza raggiungibile a piedi	<input type="checkbox"/> ₃
d) A 10 minuti di viaggio in auto, bus o treno	<input type="checkbox"/> ₄
e) A 30 minuti di viaggio in auto, bus o treno	<input type="checkbox"/> ₅
f) A non più di 1 ora di viaggio in auto, bus o treno	<input type="checkbox"/> ₆
g) Ad oltre 1 ora di viaggio in auto, bus o treno	<input type="checkbox"/> ₇
6. Altre persone <u>della famiglia</u> oltre a lei sono impegnate nell'assistenza al Paziente?	
0. No 1. Sì	
7. Se sì, può elencare il loro grado di parentela con il paziente (utilizzando le categorie della precedente risposta 4) ed il numero di ore in cui queste persone sono impegnate mediamente in una settimana?	
a) _____	Ore _____
b) _____	Ore _____
c) _____	Ore _____
d) _____	Ore _____
8. (Per i caregiver che attualmente svolgono un'attività lavorativa remunerata) Il fatto di assistere il Paziente, l'ha spinto a ridurre il Suo orario di lavoro?	
0. No 1. Sì	
9. (Per i non lavoratori) Se Lei non lavora, l'attività di assistenza ha determinato alcune delle seguenti restrizioni alla Sua vita lavorativa o alla Sua carriera?	
a) Non mi consente di lavorare (almeno quanto prima)	
0. No 1. Sì	
b) Ho dovuto smettere di lavorare	
0. No 1. Sì	

10. (Per tutti) L'attività di assistenza ha determinato alcune delle seguenti restrizioni alla Sua vita lavorativa o alla Sua carriera?		
a) Non posso (o non ho potuto) sviluppare la mia carriera professionale		
0. No 1. Sì		
b) Posso lavorare solo saltuariamente		
0. No 1. Sì		
11. Nella sua attività di assistenza è supportata/o da volontari o da vicini?		
0. No 1. Sì, da volontari 2. Sì, da vicini di casa 3. Da entrambi		
12. Lei stesso svolge attività di volontariato tramite un'organizzazione?		
0. No 1. Sì		
[se la risposta è No vai alla domanda 14]		
13. ... per quante ore a settimana mediamente?		
		_____ ore
14. ... in che settore?		
0. Cultura, sport e ricreazione 1. Istruzione/ricerca 2. Sanità		
3. Assistenza Sociale 4. Ambiente 5. Sviluppo economico e coesione sociale		
6. Tutela dei diritti e attività politica 7. Filantropia e promozione del volontariato		
8. Cooperazione e solidarietà internazionale 9. Religione		
10. Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi 11. Altre attività		
15. da quanto tempo è volontario?		
		_____ mesi
16. Se non svolge volontariato, considererebbe l'eventualità di diventare volontaria/o, anche subito oppure dopo la sua esperienza di caregiver familiare?		
- No	<input type="checkbox"/>	0
- Sì, anche subito	<input type="checkbox"/>	1
- Sì, ma solo dopo	<input type="checkbox"/>	2
17. Ora la preghiamo di rispondere alle seguenti domande sempre sulla sua attività di assistente		
	No	Sì
a) A volte hai problemi a controllare il temperamento o le aggressioni di (<i>nome del paziente</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Spesso si sente costretto ad agire contro il suo stesso carattere o a fare cose di cui poi si sente male?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pensa sia difficile gestire il comportamento di (<i>nome del paziente</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Qualche volta si sente costretto ad essere rude nei confronti di (<i>nome del paziente</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) A volte sente che non può fare ciò che è veramente necessario o ciò che sarebbe giusto fare per (<i>nome del paziente</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Spesso si sente costretto ad ignorare o a rifiutare (<i>nome del paziente</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Spesso si sente così stanco ed esausto da non potere soddisfare i bisogni di (<i>nome del paziente</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Spesso si sente costretto ad alzare la voce con (<i>nome del paziente</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Le prossime domande si riferiscono invece a Lei che assiste il suo congiunto malato; risponda segnando con una croce la casella che più si avvicina alla sua condizione o alla sua personale impressione (Segnare una risposta per ciascun'affermazione)

	Per nulla	Un poco	Moderatamente	Parecchio	Molto
a) Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Il mio familiare è dipendente da me	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Devo vigilarlo costantemente	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Sento che mi sto perdendo vita	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Desidererei poter fuggire da questa situazione	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h) La mia vita sociale ne ha risentito	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
i) Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
l) Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
m) Non riesco a dormire a sufficienza	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
n) La mia salute ne ha risentito	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
o) Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
p) Sono fisicamente stanca	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
q) Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
r) I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
s) Ho avuto problemi con il coniuge	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
t) Sul lavoro non rendo come di consueto	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
u) Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
v) Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
w) Mi vergogno di lui/lei	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
x) Provo del risentimento nei suoi confronti	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
y) Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
z) Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

SEZIONE I. CONSUMO DI RISORSE DA PARTE DEL PAZIENTE ATTRIBIBILI ALLA PATOLOGIA DI ALZHEIMER

1. (DA RIVOLGERE AL CAREGIVER) Ci potrebbe elencare i farmaci impiegati per la gestione delle complicanze dell'Alzheimer negli ultimi 6 mesi (in caso di prima visita) oppure nel periodo intercorso tra questa rilevazione e la precedente?

	<i>Nome principio attivo</i> ▼ ₁	<i>Dosaggio</i> ▼ ₂	<i>Frequenza Settimanale di somministrazione</i> ▼ ₃	<i>Data inizio</i> ▼ ₄	<i>Data fine</i> ▼ ₅	<i>Farmaco in convenzione (si/no)</i> ▼ ₆
a)						
b)						
c)						
d)						
e)						
f)						

2. Altri farmaci utilizzati negli ultimi 6 mesi (in caso di prima visita) oppure nel periodo intercorso tra questa rilevazione e la precedente?

	<i>Nome principio attivo</i> ▼ ₁	<i>Dosaggio</i> ▼ ₂	<i>Frequenza settimanale di somministrazione</i> ▼ ₃	<i>Data inizio</i> ▼ ₄	<i>Data fine</i> ▼ ₅	<i>Farmaco in convenzione (si/no)</i> ▼ ₆
a)						
b)						
c)						
d)						
e)						
f)						

3. Esami e visite di monitoraggio effettuati negli ultimi 6 mesi (in caso di prima intervista) oppure nel periodo intercorso tra questa rilevazione e la precedente (Nota: non includere esami effettuati in regime di accesso ospedaliero)

	<i>Tipo esame/visita</i> ▼ ₁	<i>N. Esami</i> ▼ ₂	<i>Esame convenzionato SSN</i> ▼ ₃
a)			0. No 1. Sì
b)			0. No 1. Sì
c)			0. No 1. Sì
d)			0. No 1. Sì
e)			0. No 1. Sì

4. Altri interventi sanitari, sociali e socio-sanitari utilizzati negli ultimi 6 mesi (in caso di prima visita) oppure nel periodo intercorso tra questa rilevazione e la precedente? (rimborsati dal SSN o forniti dal Comune gratuitamente)

Descrizione intervento		Inserire dati nella colonna/e appropriata/e	
		N. totale giorni di assistenza ▼ ₁	N. ore per prestazione ▼ ₂
a)	Visite domiciliari del MMG (ADP)		
b)	Assistenza domiciliare integrata (ADI)		
c)	Visita specialistica ambulatoriale		
d)	Servizi di assistenza domiciliare (SAD) del Comune		
e)	Inserimento in residenza sanitaria assistita (RSA)		
f)	Centro Diurno		
g)	Altro, specificare:		
h)	Altro, specificare:		

5. Ricorso ad assistenza privata e cura negli ultimi 6 mesi (in caso di prima visita) oppure nel periodo intercorso tra questa rilevazione e la precedente? (Nota: inserire i servizi a carico del paziente/caregiver, non rimborsati dal SSN)

Tipologia professionista		Inserire dati nella colonna/e appropriata/e			
		Numero ore/settimana ▼ ₁	Remunerazione oraria (€/h) ▼ ₂	Numero prestazioni ▼ ₃	Remunerazione a prestazione ▼ ₄
a)	Assistente Familiare (Badante)				
b)	Infermiere professionale				
c)	Visite mediche				
d)	Altro, specificare _____				

6. Indicare le ore/giornate di assenza di lavoro del caregiver familiare, perdute per fornire assistenza al paziente, nel periodo intercorso tra questa rilevazione e la precedente

Numero ore di lavoro perdute* ▼ ₁	Professione del caregiver ▼ ₂	Retribuzione annua lorda del caregiver** (€/anno) ▼ ₃

* Facilitare la risposta del caregiver, aiutandolo nel calcolo delle ore perdute.

** Campo non obbligatorio.

7. Lei beneficia dei permessi lavorativi connessi alla Certificazione ai sensi della L.104 per l'assistenza del Paziente?

0. No 1. Sì